

Antragsteller

Name, Vorname _____

Versicherte Person (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

Name, Vorname _____

Wann wurde bei Ihnen erstmalig Bluthochdruck festgestellt (Tag/Monat/Jahr)? _____

Ist die Ursache des Bluthochdrucks bekannt? Nein Ja, aufgrund von _____

Bitte geben Sie die zuletzt gemessenen RR-Werte an (nicht älter als 6 Monate):

_____/_____/_____ am (Tag/Monat/Jahr) _____ Beim Arzt gemessen Selbst gemessen

_____/_____/_____ am (Tag/Monat/Jahr) _____ Beim Arzt gemessen Selbst gemessen

_____/_____/_____ am (Tag/Monat/Jahr) _____ Beim Arzt gemessen Selbst gemessen

Wird der Bluthochdruck medikamentös behandelt? Nein Ja, seit dem _____

Folgende Medikamente dienen derzeit der Behandlung: _____

Wurden bei Untersuchungen (Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Echokardiographie, LZ-RR-Messung) in den letzten 5 Jahren krankhafte Befunde erhoben?

Nein Ja, folgende Befunde _____

wurden erhoben von _____

Bestehen weitere Beschwerden/Erkrankungen des Herzens, Nieren, Augen? Bestehen Atemnot, Ödeme oder Schwindel?

Nein Ja, folgende Beschwerden/Erkrankungen _____

Ich erkläre, dass ich die obigen Fragen nach bestem Wissen und Gewissen richtig beantwortet und keine wesentlichen Informationen verschwiegen habe, die die Beurteilung oder Annahme dieses Antrages beeinflussen können. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass dieses Formular Bestandteil meines Lebensversicherungsantrages ist und das Verschweigen wesentlicher Tatsachen den Vertrag ungültig machen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person